

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N° 329

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 4 mai 1899, à 1 heure

Par A. NIGAY

Né à Charolles (Saône-et-Loire), le 9 octobre 1872.

Ancien externe des hôpitaux de Paris

LES POLYPES
DE L'INTESTIN GRÊLE

Président : M. CORNIL, professeur.

*Juges : { MM. HUTINEL, professeur,
MARFAN et WURTZ, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

329

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

— THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 4 mai 1899, à 1 heure

Par A. NIGAY

Né à Charolles (Saône-et-Loire), le 9 octobre 1872.

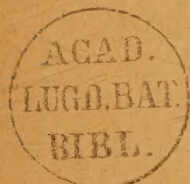
Ancien externe des hôpitaux de Paris

LES POLYPES
DE L'INTESTIN GRÊLE

Président : M. CORNIL, professeur.

*Juges : { MM. HUTINEL, professeur,
MARFAN et WURTZ, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE 15,

1899

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Boyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FORABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ROUCHARD.
Pat ologie médicale	HUTINEL.
	DEBOVE.
Pa ologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Operations et appareils	TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.....
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY
	GRANCHER.
Maladie des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	BERGER.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale	LE DENTU
	TILLAX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
	PINARD.

Agréés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (AUG.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (ANDRÉ)	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERRY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CORNIL

Médecin des hôpitaux

Membre de l'Académie de médecine

Sénateur de l'Allier

Officier de la Légion d'honneur



LES POLYPES

De l'intestin grêle

INTRODUCTION

Les polypes de l'intestin grêle n'ont été jusqu'à ce jour l'objet d'aucun travail original. Leur rareté et l'absence de troubles caractéristiques rendent presque impossible le diagnostic. La laparotomie même ne permet pas toujours de déterminer facilement leur présence.

Pour donner plus de précision à leurs caractères, le mieux est d'en rapporter les faits ; nous en trouvons l'occasion dans un cas de « Polype de l'intestin grêle » opéré par monsieur J. L. Faure ; à celui-ci nous ajouterons les cas que nous avons pu, avec beaucoup de difficulté, trouver dans la littérature médicale. L'observation de M. Faure, que nous prendrons comme base de notre ouvrage, jette un jour nouveau sur ce sujet relativement inconnu jusque-là ; il nous montrera que la méthode de traitement suivie dans ce cas est la meilleure ; qu'il faut, dans le cas d'invagination intestinale, penser à la présence

d'une tumeur dans l'intérieur du canal intestinal et nous indiquera la marche à suivre.

Nous avons, à dessein, laissé de côté les tumeurs du gros intestin et en particulier du rectum dont la présence peut assez facilement être reconnue.

Cette question des polypes du gros intestin et du rectum a déjà fait l'objet d'études spéciales et nous désirons simplement que notre thèse inaugurale fasse entrevoir la possibilité de la présence des polypes intestinaux dans le cas d'invagination de l'intestin, afin que le chirurgien prévenu y remédie.

Nous rappellerons donc à grands traits l'historique des polypes de l'intestin grêle ; nous en envisagerons leur anatomie pathologique, leurs symptômes, les différentes complications auxquelles ils peuvent donner naissance, nous en indiquerons ensuite la marche, le diagnostic et le traitement ; nous terminerons notre ouvrage en citant les observations recueillies, et en élayant, sur elles, les conclusions auxquelles nous nous serons arrêté.

Nous devons l'idée de ce travail inaugural à M. le Dr J. L. Faure, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux. M. Faure nous a donné pendant nos recherches, souvent difficiles, des conseils autorisés et affectueux ; nous lui adressons, avec émotion, nos remerciements.

Nous avons le devoir d'envoyer à nos maîtres dans les hôpitaux un souvenir reconnaissant.

Nous devons beaucoup à M. le Dr Bousquet, professeur de clinique chirurgicale à l'école de médecine de Clermont-Ferrand, et pour son enseignement clair et précis, et pour l'intérêt bienveillant qu'il nous a toujours témoigné.

M. le D^r G. Lyon nous a initié aux difficultés de la thérapeutique pendant l'année que nous avons passée, en qualité d'externe, à la consultation médicale de l'hôpital Saint-Antoine.

Nous prions M. Bonnaire, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux, d'agréer nos remerciements pour les excellents conseils scientifiques et pratiques que nous avons reçus de lui.

Nous adressons un souvenir de gratitude à M. le docteur Thierry, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Nous prions MM. les professeurs Potain et Budin, M. le docteur Dubrisay, ancien chef de clinique obstétricale, M. le professeur Tissier de Clermont-Ferrand, dont nous avons été l'élève, de vouloir bien agréer l'expression de notre vive reconnaissance.

Nous avons eu la bonne fortune d'être attaché pendant un an, en qualité d'interne, au service des ambulances urbaines de la Ville de Paris. Nous n'oublierons pas les avantages pratiques professionnels que nous avons recueillis dans ce service merveilleusement réorganisé par M. le docteur Martin, inspecteur général de l'assainissement de la Ville de Paris. Nous n'oublierons pas non plus combien cette année nous fut agréable par les sentiments de franche et bonne camaraderie qui nous unissait à nos excellents collègues.

Nous avons suivi, comme stagiaire d'abord, puis comme externe, le service de M. le professeur Cornil. Nous gardons précieusement le souvenir de ses magistrales et lumineuses démonstrations d'amphithéâtre. Il nous accorde

aujourd'hui une grande marque de bienveillance et d'estime en acceptant de présider notre soutenance de thèse. Nous lui adressons l'hommage de notre profond respect et de notre dévouement affectueux.

HISTORIQUE

L'historique des polypes de l'intestin grêle nous est en partie fourni par M. Dubreuil dans le rapport présenté par Fernet en 1864 à la Société anatomique.

La première observation relative à cette affection paraît être due au professeur Cloquet et se trouve publiée dans le mémoire de Dance sur les invaginations morbides de l'intestin; ensuite survient un cas présenté à la société anatomique par Lafont en 1835; dans ces deux cas, il s'agissait de tumeurs polypeuses occupant des points rapprochés du duodénum.

Förster, de Göttingen, dont nous citerons plus loin une observation, dit en 1870 avoir vainement cherché dans les publications des faits de cette nature; cet auteur avait, il faut le croire, laissé de côté la littérature médicale française.

J. Voyet dit que des fibroïdes surviennent dans la tunique musculaire du canal intestinal, mais il ne donne aucun détail.

A la suite des deux premières observations, nous trouvons un fait analogue dans l'anatomie pathologique de Cruveilhier,

En 1840, Smith publie dans le *Dublin Review* un cas de polype (*Archives gén. de méd.* 1840, t. IX, p. 86) et dans les *Transactions de la société pathologique* de Londres 1846, pages 95 et suivantes, nous trouvons trois nouveaux cas dûs aux docteurs Ogier Ward, Prescott Hervet et Peacock. En 1843 le Dr Allen publie une curieuse observation (*Archives gén. de méd.* 1845, II p. 85). Nélaton, dans sa *Pathologie chirurgicale*, en publie aussi un cas d'après une pièce déposée dans le musée de Hunter à Londres. (*Elém. de path. chir.*, t. IV).

Dans le *Bulletin de la Société de chirurgie* de 1850, il est fait mention d'un cas rapporté par Barth. Une autre observation de Fischer (*Soc. anat.* 1859) est consignée dans la thèse de Rafinesque (Paris, 1878). Le *Bulletin de la société anatomique* nous fournit encore en 1864 une observation de Fernet et en 1866, une de Lecourtois ; nous les publions dans notre ouvrage.

Nous trouvons en 1870 trois nouvelles publications sur ce sujet : la première de Homolle (*Bull. soc. anat.*) la seconde du professeur Böttcher (*Arch. der Heilkunde-Leipzig*) et la troisième du professeur Förster de Göttingen, consignée dans les *Archives. f. path. anat. u. phys.* Berlin, 1870.

Notre maître, M. le professeur Cornil, étant à l'hôpital de la Pitié en 1882, a observé à une autopsie un cas similaire ; malheureusement cette observation qui ne fut communiquée à aucune société a été égarée.

Nous trouvons dans le Progrès médical du 27 novembre 1884 la relation d'une autopsie au cours de laquelle

M. Menestrier a trouvé une tumeur de l'intestin grêle siégeant à un centimètre de la valvule iléo-cœcale.

Monsieur Heurteaux, de Nantes (*Arch. prov. de chir.* 1896) a fait un travail très intéressant sur les fibromes et fibro-myomes de l'intestin en général : c'est là que nous avons puisé les 3 observations de MM. Böttcher, Förster et Geissler ; le reste des observations du travail de M. Heurteaux est relatif aux tumeurs du gros intestin et en particulier du rectum.

Enfin, en date relativement récente, il nous reste à citer le cas de Lockwood (*Trans. path. Soc. London*), cas suivi d'opération, et la trouvaille de Geissler, à l'autopsie d'une femme de 28 ans (1894). *Inaug. Dissert. Marbury.*

Une nouvelle date doit être marquée de nos jours sur cette question par l'observation de M. J.-L. Faure que nous donnons en entier : invagination de l'intestin grêle avec polype. Guérison après opération.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il est assez difficile de nous faire une idée exacte sur la nature des polypes de l'intestin, car dans la plupart des observations les caractères en sont à peine indiqués ; nous analyserons le peu que nous trouverons et essayerons d'en tirer une conclusion générale.

Le siège habituel de ces tumeurs paraît être la partie inférieure de l'intestin grêle, mais on peut aussi bien les trouver dans les premières portions de l'intestin : nous voulons dire que leur fréquence paraît augmenter à mesure que l'on se rapproche de la partie inférieure de l'intestin grêle. Dubreuil, dans son rapport, cite dix observations dont sept près de la fin de l'iléon ; les observations plus récentes dénotent à peu près la même situation ; en effet M. Menestrier trouve un polype à la fin de l'intestin grêle. Lockwood, à deux pieds et demi (80 à 85 centimètres) du cœcum, Förster et Böttcher dans l'iléon, sans indication du niveau, M. Fernet à 20 centimètres de la valvule de Bauhin, M. J.-L. Faure à 80 centimètres de la valvule iléo-cœcale. Par contre le polype se trouve dans le duodenum dans les cas de Barth, Lafont et Cruveilhier, dans le jéjunum dans les cas de Allen et de Geiss-

ler. Lecourtois le trouve à l'union de la troisième portion du duodenum avec le jejunum ; dans le cas de Homolle les tumeurs étaient multiples.

Leur volume est variable, sans cependant atteindre de grandes proportions ; on en trouve de la grosseur d'une noisette, d'une noix, d'un œuf ; la tumeur rapportée par Allen avait 7 centimètres $1/2$ de long.

Dans la plupart des cas le polype est unique. La forme en est ovoïde : le pédicule généralement court peut-être, dans certains cas, assez long ; par exemple dans le cas de Prescott il y a 7 centimètres $1/2$.

La surface du polype est presque toujours lisse, quelquefois il est ulcéré à son sommet.

La structure est peu indiquée dans les observations. Smith et Allen emploient le mot « charnu ». Prescott dit que la tumeur était fibreuse et vasculaire. Cruveilhier à propos des cas de Lafont dit : « ces tumeurs sont mamelonnées, à pédicule étroit, formé par la membrane muqueuse d'où il résulte que ces polypes appartiennent évidemment exclusivement à la membrane muqueuse.

Les mamelons que présentent ces tumeurs me paraissent formés aux dépens des papilles ou villosités, leur section démontre une structure aréolaire et gélatiniforme (cancer aréolaire et gélatiniforme) ».

Le tissu du polype trouvé par M. Fernet, examiné au microscope n'est formé que de deux éléments, du tissu lamineux et des fibres musculaires lisses dirigées toutes dans le même sens.

M. Menestrier pense avoir affaire à une tumeur de nature carcinomateuse.

Geissler trouve un leiomyome.

Lockwood trouve du tissu fibreux et musculaire avec un noyau calcaire, Lecourtois des fibres musculaires et conjonctives, Böttcher des fibres musculaires lisses en faisceaux, Förster affirme la nature fibroïde de la tumeur ; les multiples tumeurs du cas de Homolle sont de nature carcinomateuse ; enfin l'examen microscopique de la tumeur enlevée par M. Faure dénote un adénome.

En résumé, nous voyons que le plus souvent le polype est d'origine musculaire, paraissant produit alors par l'hypertrophie de la couche musculuse de l'intestin, mais on note aussi des adénomes, sarcomes, carcinomes.

La présence d'un polype dans l'intérieur du canal intestinal n'est pas sans amener des altérations diverses de l'organe qui le contient.

A la suite de tractions exercées par la tumeur sur la paroi intestinale, il se détermine au niveau de l'insertion du pédicule une dépression ombiliquée du côté de la surface péritonéale et inclinée du côté de la partie inférieure de l'intestin, le polype étant entraîné dans cette direction par le cours des matières fécales et par les contractions péristaltiques. Ces mêmes causes peuvent amener parfois une dilatation de la partie d'intestin située au-dessus de la tumeur ; dans le cas de Lafont, il y avait une dilatation sphéroïdale énorme de la portion supérieure du duodénum ; au-dessous du polype l'intestin peut être un peu rétréci.

La paroi opposée à la direction du polype peut être dilatée et l'on peut concevoir que des polypes, même assez volumineux n'ont pas obstrué complètement le calibre de

l'intestin par le fait que cette dilatation, formée par le passage continu des matières fécales, vient contrebalancer le rétrécissement produit par la tumeur.

La surface extérieure de l'intestin s'épaissit, perd sa souplesse et présente des traces d'inflammation chronique.

Les ganglions mésentériques sont généralement sains ; nous pouvons, sans doute, quoique nous n'en n'ayons pas d'exemples, nous figurer l'altération des ganglions dans le cas de tumeurs malignes.

Nous ne ferons pas ici l'anatomie pathologique de l'invagination qui est une conséquence très fréquente de la présence d'un polype dans l'intérieur de canal intestinal.

ÉTIOLOGIE

De même que les fibromes en général, ceux de l'intestin grêle peuvent être congénitaux dans certains cas ; Heurteaux, dans son travail sur les myomes de l'intestin, leur attribue cette origine. Ce que l'on peut déduire de nos observations comme notion étiologique, c'est la présence de ces polypes chez des adultes la plupart du temps.

Quant à leur origine, il y aurait une comparaison à établir entre l'intestin et l'utérus. Le fibrome prenant naissance dans la tunique musculuse de l'intestin ne peut, comme il le fait à l'utérus, séjourner dans cette dernière qui présente une si faible épaisseur ; il se porte alors du côté de la lumière du canal par suite de la moindre résistance qu'il éprouve.

Leur mode d'accroissement nous est encore inconnu et nous ne savons rien de précis sur la possibilité de la métamorphose de ces fibromes en tumeurs malignes, ainsi que l'admettent quelques cliniciens.

Les notions étiologiques des autres espèces de tumeurs polypeuses de l'intestin grêle (carcinomes, adénomes, sarcomes) se confondent avec ce que nous savons de l'étiologie de ces tumeurs en général.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie des polypes de l'intestin est à peu près nulle ; la plupart des phénomènes sont rapportables à l'occlusion intestinale chronique ou à l'étranglement interne produit par invagination le plus souvent ; on pourrait aussi songer au rétrécissement de l'intestin.

En outre, beaucoup d'observations sont dues à des trouvailles d'autopsies où l'état antérieur du malade ne se trouvait pas relaté.

Nous tâcherons donc de tracer un tableau clinique des troubles produits par un polype intestinal pendant la vie d'un malade en nous basant sur les cas où ils ont été remarqués et en particulier sur l'observation de M. Faure.

L'existence d'un polype de l'intestin grêle peut passer longtemps inaperçue, du moment que son volume et son poids sont petits et qu'il n'amène aucun obstacle sérieux au cours des matières ou qu'il n'entraîne pas une partie de l'intestin.

Lorsque les troubles se produisent, on note toujours des vomissements et des coliques très vives qui surviennent à des intervalles plus ou moins rapprochés sous forme de crise ; en même temps, il y a de la diarrhée, par-

fois sanguinolente. Le ventre est douloureux et particulièrement dans la région du flanc droit. Ces crises sont d'une durée variable, pouvant durer jusqu'à 24 heures pendant l'intervalle le malade ne souffre pas et l'on remarque seulement une constipation opiniâtre pouvant durer une semaine.

Les soins médicaux consistant en purgatifs, lavements, cataplasmes, amènent pour un certain temps la cessation de ces phénomènes. Peu à peu les crises deviennent plus fréquentes et arrivent à se succéder sans interruption; pendant ce temps le malade s'affaiblit progressivement par suite du défaut de l'alimentation et une terminaison fatale est à craindre à moins d'intervention chirurgicale (obs. Faure) ou d'expulsion spontanée d'une portion d'intestin imaginé (obs. th. Rafinesque, Hacon); cette dernière terminaison est rare et il ne faut, en aucun cas, compter sur une pareille éventualité.

Les vomissements sont alimentaires, bilieux et peuvent devenir fécaloïdes; dans le cas de Fernet, ils ont pu faire croire au choléra.

A propos des vomissements stercoraux, Cossy avait émis l'idée bizarre qu'ils dénotaient la présence de l'obstacle dans la partie la plus élevée de l'intestin grêle; comme Cruveilhier nous pensons qu'il est difficile d'admettre une odeur stercorale dans les matières que l'autopsie démontre venues de l'estomac et du duodénum.

On a remarqué aussi la diminution ou l'absence d'urine émise et les médecins anglais attachent à la diminution de la quantité des urines une grande valeur, lorsqu'il

s'agit de démontrer à quelle hauteur siège l'obstacle au cours des matières fécales, et concluent que cette diminution dans les urines se rapporte toujours à un obstacle situé dans la partie le plus élevée de l'intestin.

La tumeur produite par l'intestin invaginé peut causer une certaine rénitence située dans la profondeur et difficile à circonscrire; dans le cas de M. Faure on sentait par la palpation dans le flanc droit une tuméfaction arrondie, légèrement irrégulière, à peu près immobile dans la profondeur et un peu douloureuse à la pression.

L'apyrexie est la règle.

Pour nous résumer, nous dirons que les polypes de l'intestin grêle n'ont pas de symptômes cliniques propres à eux-mêmes; ils empruntent le tableau de l'occlusion intestinale aiguë ou chronique qu'ils provoquent en amenant l'interception d'anses intestinales et, dans ce cas, ils doivent être relégués au second plan, car la gravité de l'affection produite est extrême.

PRONOSTIC. COMPLICATIONS

Le pronostic des polypes de l'intestin grêle dépend de la nature de la tumeur et des complications auxquelles elle peut donner lieu, c'est-à-dire qu'il est assez sombre.

Le fibrôme par lui-même n'a pas beaucoup de gravité ; les hémorrhagies auxquelles il peut donner lieu n'ont jamais été de nature inquiétante ; d'ailleurs les selles sanguinolentes n'ont pas été souvent remarquées.

Au point de vue de la douleur, l'indolence est habituelle, le fibrôme a une tendance à rester stationnaire et comme son volume n'est jamais considérable, il ne provoque pas de troubles de compression des organes environnants. Nous ne pouvons rien dire non plus au sujet de la récurrence.

La complication qui assombrit le pronostic de cette affection relativement bénigne par elle-même est l'invagination intestinale à laquelle elle donne lieu : cette éventualité domine toute l'histoire de cette étude.

Par suite de l'obstacle au cours des matières fécales et dès lors du défaut d'alimentation, le malade se cachectise de plus en plus.

Le phacèle du fibrome, ainsi que la suppuration provo-

quée par le travail d'élimination, rend la septicémie et la péritonite menaçantes.

La gravité des tumeurs malignes (sarcome, carcinôme) n'a pas besoin d'être expliquée; la généralisation et la cachexie spéciales en sont trop connues.

MARCHE. TERMINAISON. DIAGNOSTIC

Nous ne pouvons rien affirmer sur la durée des polypes de l'intestin grêle ; nous n'en connaissons pas le moment de début.

D'après l'observation de M. Faure, nous voyons que son malade paraît avoir sa tumeur depuis l'enfance, car, depuis ce temps, il était sujet à une constipation opiniâtre : sa première crise date de 1894, on voit que pendant 4 ans la présence de son polype s'est révélée par des crises revenant à divers intervalles : dans le cas, sans l'opération, il est certain que le malade ne pouvait aller plus loin, vu l'état de cachexie auquel il était arrivé.

Nous pensons donc que la durée peut être assez longue malgré les troubles d'obstruction chronique.

La terminaison de cette affection peut se faire par l'expulsion de la tumeur avec une anse intestinale invaginée (comme nous en citons un cas) ; l'expulsion de la tumeur seule, par rupture du pédicule, peut se concevoir. Nous ne savons pas, si, pareillement aux fibromes de l'utérus, la ménopause pourrait amener un arrêt dans l'évolution de ceux de l'intestin.

Un des modes de terminaison est la production de

l'invagination qui, jusqu'à une date relativement récente, amenait la mort du malade.

Le diagnostic de cette affection est tout à fait impossible ; même à l'ouverture du ventre l'embarras est fort grand (voir l'obs. de M. Faure). Une seule idée doit être présente à l'esprit du chirurgien qui opère une obstruction intestinale, surtout lorsque cette obstruction est due à une invagination, c'est la possibilité de la présence d'une tumeur dans le calibre de l'intestin et par conséquent sa recherche.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Laparotomie et taille intestinale pour un polype de l'intestin grêle ayant déterminé une invagination chronique. Guérison.
J. L. Faure, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

L..., Adrien, 43 ans, agent de publicité. Ce malade qui a déjà été soigné dans plusieurs hôpitaux a une histoire des plus compliquées.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance ; à 16 ans, il semble avoir eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu, qui se serait renouvelée à 21 ans. Depuis son enfance, le malade est atteint d'une constipation constante et rebelle. Il reste parfois une semaine sans aller à la selle. Emploie fréquemment des purgatifs.

En janvier 1894, il est pris brusquement, dans la rue, d'une crise intestinale, avec vomissements, douleurs vives dans l'abdomen ; il aurait eu, à ce moment, une diarrhée avec sang. A

cette époque, le malade aurait eu, dans le flanc droit, des bosselures paraissant et disparaissant. La crise dure 24 heures et les bosselures disparaissent. Ces crises reviennent environ une fois par mois, mais elles deviennent peu à peu de plus en plus longues et de plus en plus fréquentes.

Au 1^{er} mai 1895, les crises se succèdent presque sans interruption. Le malade entre à Tenon dans le service de M. le Dr Barié : lavements, cataplasmes. Au bout de 10 jours, il rentre chez lui avec un peu d'amélioration.

Le 8 juin. — Il est repris des mêmes accidents.

Le 12 juin. — Il rentre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Marie.

M. Duplay appelé auprès de lui, sent quelque chose qui court sous la main, mais se décide à attendre.

Huit jours après M. Hartmann le fait entrer à Bichat pour l'opérer, mais le lendemain, il se ravise ; on croit à des accidents nerveux et au bout de 12 jours, le malade est envoyé à Vincennes avec le diagnostic d'« entéralgie ».

A Vincennes, il passe son temps à l'infirmerie ; il en sort le 18 juillet.

Pendant 2 mois, il est à peu près bien, mais ne travaille plus et ne mange que des aliments demi-solides ou liquides.

Deux mois après, en septembre 1896, il entre à Lariboisière dans le service de M. Legueu.

Celui-ci, le 15 septembre, pratique une laparotomie sur le bord externe du grand droit. Il pensait à une tuberculose iléo-cœcale. Il trouve « le cœcum sain et des lésions assez particulières sur l'intestin. Sur une étendue de près de un mètre de long, la paroi de l'intestin grêle était épaissie uniformément » et comme un carton mouillé. Cette lésion très étendue s'arrê-

« tait juste au cœcum. De plus, il y avait à la surface de l'iléon
« dans cette même partie, des taches semblables à celles qui
« tapissent la surface séreuse des ulcérations tuberculeuses.
« Enfin, il y avait un peu de péritonite adhésive et d'ascite ».
Pensant à de la tuberculose intestinale, M. Legueu referme le
ventre.

Le malade sort à la fin d'octobre et pendant quelques mois,
l'amélioration est manifeste ; les crises et les douleurs ont dis-
paru.

En mai 1897.— Il est repris de ces crises qui sont de plus en
plus vives. Il entre dans le service de M. Regnier, où il reste
trois semaines. Puis, se trouvant mieux, il rentre chez lui. Repris
en juillet, il rentre à Lariboisière. M. Regnier décide de l'opé-
rer le 16 juillet.

Le 1^r. — « Son mal disparaît » et il sort de l'hôpital.

En août. Nouvelle reprise avec localisation très marquée à
droite. Le 19 août, il entre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le ser-
vice de M. Blum que je suppléais.

À son entrée, le malade est dans un état lamentable ; il est
d'une maigreur excessive et dans un état de faiblesse tel qu'il
peut à peine parler. Il ne s'alimente pas et vomit tout ce qu'il
prend. Dans le flanc droit, à peu près à égale distance de l'ar-
cade crurale et du rebord costal, on sent une tuméfaction arron-
die, légèrement irrégulière, à peu près immobile dans la pro-
fondeur, un peu douloureuse à la pression ; elle est située der-
rière la cicatrice résultant de la laparotomie faite par M. Legueu.

L'opération faite par M. Legueu sur diagnostic qui m'est
donné avec beaucoup de précision par le malade me font
penser à quelque masse tuberculeuse péri-cœcale. Aussi
n'avais-je aucune envie d'opérer ce malade dont l'état général

si précaire me faisait redouter une catastrophe immédiate.

Mais sur ses instances pressantes, je me décidais le 28 août à faire une laparotomie qui, dans ma conviction, devait se borner à être exploratrice.

Opération. — Anesthésie à l'éther.

Incision de 15 centimètres environ sur le bord externe du muscle grand droit, au niveau de la tumeur profonde.

Le péritoine ouvert, je constate qu'il est lisse, absolument sain et ne présente aucune altération tuberculeuse.

Mais la tumeur qu'on sentait à travers la paroi apparaît et se laisse facilement attirer à l'extérieur. Elle est grossie comme les deux points, assez mobile, et je reconnais immédiatement qu'elle est constituée par une invagination. On voit en effet, l'intestin grêle pénétrer dans sa partie inférieure où il disparaît. La portion invaginée remonte jusque près de l'angle du côlon. Il s'agit donc d'une invagination de l'extrémité de l'iléon, dans le cœcum, à travers la valvule iléo-cœcale. Je m'efforce de réduire l'invagination en tirant fortement sur l'intestin invaginé et en agissant par expression à travers la paroi du côlon sur la masse située dans son intérieur. L'intestin grêle se désinvagine sur une longueur de 20 centimètres, mais, à ce moment, malgré des tractions très énergiques, la réduction et l'invagination ne font aucun progrès.

Je songe un instant à ouvrir le cœcum pour repousser directement la masse invaginée, mais avant d'en venir à cette extrémité, je tire sur l'intestin grêle avec une grande énergie au risque de le déchirer.

L'invagination se réduit tout à coup et il est facile de dérouler l'intestin invaginé dans toute sa longueur.

Il est épaissi, manque de souplesse, sa surface est terne, irrég-

gulaire, elle présente des phénomènes d'inflammation chronique et des traces d'adhérences péritonéales. En palpant l'intestin grêle, je sens à 80 centimètres environ de la valvule iléo-cœcale, un corps dur, arrondi, mobile, du volume d'une noix, mais tenant à la paroi intestinale sur la face séreuse de laquelle on voit à ce niveau une petite cicatrice. Ne doutant pas qu'il s'agisse d'un polype, j'incise à ce niveau l'intestin sur une longueur de 4 cent. environ ; le polype qui tient à la paroi par un mince pédicule fait issue au dehors. Il est sectionné avec des ciseaux. La muqueuse à son point d'implantation est complè-

section du pédicule



tement excisée. Suture de Lembert à la soie. La paroi abdominale est refermée d'abord par un surget au catgut sur les muscles et aponévroses, puis par des crins de Florence.

Au moment de la suture, le malade auquel, depuis dix minutes, on ne donnait plus d'éther cesse de respirer, non pas brusquement dans une syncope, mais peu à peu comme par épuisement.

Immédiatement, interrompant la suture, je pratique la respiration artificielle, pendant près de 10 minutes. Pendant ce temps, on fait au malade des injections d'éther, de caféine, on apporte de l'oxygène. Le malade revient peu à peu à lui et au bout d'un quart d'heure environ reprend une respiration très

faible, mais régulière. La suture est terminée. Pansement à la gaze stérilisée.

Après l'opération, injection de 500 grammes de sérum. Oxygène pendant toute la journée.

Les suites de l'opération ont été des plus simples. Aucun incident. Le malade s'est remonté peu à peu. Les crises douloureuses, les vomissements ont complètement cessé. L'alimentation se fait de mieux en mieux et le malade qui a faim mange de plus en plus.

Il y a eu à la partie inférieure de l'incision, abandonnée pendant la respiration artificielle, une légère suppuration qui, à la fin de septembre, était complètement tarie.

Le malade sorti au commencement d'octobre, a été présenté à la société de chirurgie le 3 novembre.

Il est absolument méconnaissable ; il a engraisé de plus de 20 kilogs et sa santé est absolument parfaite.

Le polype du volume d'une grosse noix, d'aspect framboisé avec plusieurs lobes irréguliers, à pédicule mince de 5 millimètres environ de diamètre a été examiné histologiquement par M. Lévy ; il s'agissait d'un adénome.

Actuellement, avril 1899, la santé de ce malade est parfaite. Depuis son opération, il n'a présenté aucun trouble intestinal.

OBSERVATION II

Trans Path. Soc. London. Lockwood, 1892.

Le polype était globulaire et avait un diamètre d'à peu près trois quart de pouce. Il était attaché à la paroi de l'iléon par un

court pédicule. Son point d'insertion se trouvait à deux pieds et demi du cœcum. Sa consistance était ferme et il était recouvert par la muqueuse ; histologiquement, il était composé de tissu fibreux et musculaire avec un noyau calcaire au centre ; au-dessous du polype était une invagination d'environ 5 pouces.

Le mésentère ayant été attiré dans la masse par l'intestin invaginé, la tumeur était reliée à la paroi abdominale postérieure. Ces diverses circonstances ayant causé de l'obstruction intestinale, la laparotomie fut pratiquée, mais tous les efforts de réduction furent impuissants et l'on fut obligé d'exciser l'invagination. A cause du collapsus, les extrémités de l'intestin ne furent pas réunies, mais fixées à l'extérieur par M. Smith.

Le polype ayant été découvert pendant l'opération a été enlevé. Il semble que ce polype était de date ancienne. La patiente était une femme âgée de 30 ans. Le noyau calcaire porte à croire qu'il était ancien. Il doit être d'origine congénitale. Il est probable que le processus morbide s'est déroulé dans cet ordre : le polype avait causé une obstruction, et l'invagination était due à un violent péristaltisme.

OBSERVATION III

(Bull. Soc. anat. 1863, Fernet).

G..., (Jean-Baptiste) âgé de 45 ans, terrassier, est entré à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Louis, n° 4, le 1^{er} juin 1863. Le lendemain il a été pris brusquement de douleurs vives dans l'abdomen, de diarrhée abondante et liquide comme de l'eau,

de crampes violentes dans les quatre membres ; il s'y est joint du refroidissement des extrémités et les urines se sont supprimées. Ces symptômes ont persisté sans modification jusqu'au soir ; à ce moment la diarrhée s'est arrêtée tout à coup, et des vomissements ont eu lieu, puis se sont répétés plusieurs fois pendant la nuit. Le 3 juin, au matin, le malade était dans un état de prostration très marqué ; il jouissait de la netteté de son intelligence, et il donnait lui-même les renseignements nécessaires. Le facies était grippé et terreux, les yeux caves et bordés de noir ; le nez, la langue et les extrémités inférieures complètement refroidis, le pouls fréquent, n'avait presque plus de force. La voix était éteinte et voilée, la respiration fréquente mais peu anxieuse.

Le malade n'avait pas uriné depuis son entrée, et la vessie était vide. Le ventre souple, non développé, non douloureux à la pression, donnait à la main une sensation d'empâtement toute particulière.

Les vomissements rendus pendant la nuit et le matin se composaient d'une matière verdâtre, bilieuse, puis d'une matière blanchâtre, granuleuse, pareille à de la semoule cuite. En présence de ces phénomènes, on a diagnostiqué un choléra. Deux grammes d'ipécacuanha ont été prescrits, et le malade n'a pas tardé à vomir des matières pareilles à celles dont il a été parlé plus haut ; puis tout-à-coup il a senti un besoin très impérieux de défécation qu'il n'a pas satisfait, et a presque immédiatement succombé.

A l'autopsie. — Toutes les lésions siégeaient dans la cavité abdominale. Le péritoine était absolument intact. L'intestin grêle, modérément distendu, renfermant un liquide blanchâtre, semblable à du petit lait, et contenant des grumeaux

caséux ; liquide analogue à celui qui, avec la matière bilieuse, composait les vomissements durant la vie. L'intestin grêle en était rempli dans une étendue de trente centimètres au-dessus de la valvule iléo-cœcale. A ce niveau, on a trouvé deux lésions ; d'une part un polype saillant à la surface muqueuse de l'intestin, d'autre part une invagination étendue jusqu'au niveau du cœcum.

Le polype était situé à vingt centimètres de la valvule de Bauhin, du côté du bord convexe de l'intestin, d'une forme ovoïde, du volume d'une noix, d'une consistance ferme ; il était fixé par un pédicule de trois ou quatre millimètres de diamètre, et très court dans le point correspondant à son insertion ; on remarquait sur la séreuse une dépression ombiliquée dans laquelle on a pu engager l'extrémité du petit doigt. La surface de la tumeur était lisse et semblable à la surface muqueuse de l'intestin. Sur une coupe qui la divisait en deux parties égales, on a vu un tissu rougeâtre formé de fibres qui semblaient partir du pédicule et se porter dans le sens du plus grand diamètre de la tumeur. Au microscope, ce tissu était formé de deux éléments, du tissu lamineux et de fibres musculaires lisses. Par conséquent, le polype paraissait fourni par l'hypertrophie de la couche musculaire et de la couche celluleuse de l'intestin.

Quant à l'invagination, elle comprenait trente centimètres d'intestin grêle et se terminait juste au niveau de la valvule iléo-cœcale. Des trois cylindres qui la composaient, le central présentait à sa partie inférieure l'insertion du polype qui oblitérait complètement en bas le canal déjà très rétréci, les deux autres ne présentaient rien de particulier, si ce n'est que leur muqueuse était congestionnée et ecchymosée. Aucune adhé-

rence n'unissait les surfaces séreuses adossées de l'intestin invaginé.

Toute la portion du tube digestif situé au-dessous de ces lésions, c'est-à-dire, le gros intestin, était remplie de sang en grande partie fluide et noir.

Quant aux parois de cet intestin, elles ne présentaient d'autres altérations qu'un gonflement léger avec ramollissement de la muqueuse ; cette altération se retrouvait aussi dans toute l'étendue de l'intestin grêle. On n'a rencontré aucune autre lésion viscérale. Le sang que le cœur et les gros vaisseaux contenaient était noir, fluide et de consistance sirupeuse.

OBSERVATION IV

In thèse de Rafinesque.

Hacon. Intersusception. Elimination spontanée d'une longue portion de l'intestin. Guérison.

Mlle J. H..., âgée de 32 ans, d'une bonne santé habituelle éprouve à partir du mois d'octobre 1863 des accès de vomissements accompagnés d'une grande douleur dans tout l'abdomen, et revenant toutes les trois ou quatre semaines sans cause apparente ; il n'y avait pas de constipation. Sa santé générale n'avait pas été atteinte jusqu'au 28 décembre, jour où elle vit pour la première fois M. Hacon. Pendant le mois de décembre, les accès revinrent tous les trois ou quatre jours ; ils duraient seulement pendant quelques heures, mais étaient accompagnés d'une douleur aiguë spasmodique ayant les caractères de la colique. Les vomissements étaient en même temps alimentaires et bilieux. On ne pouvait découvrir de tumeur ou de dureté à

l'examen de l'abdomen ; les selles étaient naturelles en fréquence et en caractère. Vers le 9 janvier 1864, les accès prirent une violence plus grande et la douleur devint plus cruelle. Le 14 janvier, des lavements amenèrent le rejet d'une quantité de matières fécales, suivi de la disparition complète des symptômes pendant trois ou quatre jours ; la malade parut guérie. Il y eut une selle le 18, mais le 20 la douleur revint plus cruelle qu'auparavant et s'accompagna de vomissements bilieux et plus tard fécaloïdes.

La douleur était rapportée au côté droit de l'abdomen, un peu au-dessus de l'ombilic ; en ce point une tumeur pouvait être sentie distinctement. Elle était un peu plus large que la main et était formée évidemment par une portion d'intestin soumis à une violente contraction spasmodique. Pas de sensibilité abdominale à la pression ; pouls non accéléré.

Le 21 janvier, les vomissements fécaloïdes continuent ; sommeil pendant quelques minutes seulement ; tumeur un peu augmentée de volume.

Le 22. Un peu de mieux, les vomissements avaient cessé et la douleur était moins forte. Injection rectale de plus de six pintes de gruau léger. Il y eut à la suite une selle copieuse, consistant surtout en sang coagulé, mélangé à du mucus sanglant et accompagné de gaz en abondance. Il y eut beaucoup de soulagement ; la tumeur cependant ne parut pas modifiée. Le 23 et le 24, pas de vomissements, peu de douleurs. Deux selles normales provoquées par des lavements.

Le 25. — Continuation de la douleur, retour des vomissements, prostration accrue. M. Peacock, appelé en consultation diagnostique une obstruction, probablement une invagination de l'intestin grêle au voisinage du cœcum. On décida de conti-

nuer l'opium et de nourrir la malade *exclusivement* par des lavements alimentaires, après emploi de copieuses injections d'eau chaude. Sous l'influence de ce traitement, les vomissements cessèrent et il y eut plusieurs selles normales.

Le 5 février. — Sensation de plénitude et de poids au travers de la partie supérieure de l'abdomen et le lendemain l'injection ramena avec des matières fécales une portion d'iléon longue de 35 à 40 pouces. A un pouce et demi d'une des extrémités de cette anse d'intestin était attaché un polype du volume d'une aveline. A partir de ce moment, on ne put plus sentir la tumeur abdominale. La malade se rétablit très lentement, avec retour irrégulier de quelques accidents parfois, même un jour de vomissements fécaloïdes.

Le 25 mai. — Les selles avaient lieu sans usage des lavements ; mais divers symptômes semblaient montrer qu'il restait un rétrécissement de l'intestin pro luisant parfois des symptômes d'obstruction.

OBSERVATION V

Progrès méd., 27 décembre 1884. Ménestrier.

Chez un malade mort (service de M. le Dr Troisier) à l'hôpital Tenon, d'accidents urémiques dûs à une hydronéphrose double, nous avons trouvé, à la partie terminale de l'intestin grêle, une tumeur restée absolument ignorée pendant la vie et qu'aucun symptôme ne permettait de soupçonner au moins durant le séjour du malade à l'hôpital.

Cette tumeur était plantée à l'opposé de l'insertion du mésentère, et distante d'un centimètre environ de la valvule iléo-cœcale; du volume d'une pomme d'api, à surface mamelonnée, mais très superficiellement, les sillons limitant ses lobes, pénétrant de quelques centimètres à peine dans l'épaisseur du tissu. Presque sessile, quoique débordant son point d'implantation. Au niveau de l'insertion, du côté de la face péritonéale, on trouve une dépression ombiliquée par entraînement des tuniques intestinales. Sa couleur est d'un brun verdâtre. De consistance ferme, elle résiste au couteau; en coupe, on voit un tissu blanchâtre, d'aspect fibreux. A son niveau, l'intestin est légèrement dilaté, et néanmoins le néoplasme en obture presque toute la lumière, aussi l'on conçoit avec facilité qu'une telle production eût pu déterminer des phénomènes de rétention des matières.

Il nous a malheureusement été impossible de savoir si, dans les antécédents du malade, de semblables accidents s'étaient présentés. Au-dessus et au-dessous, l'intestin présentait son calibre normal. Les ganglions du mésentère étaient absolument sains, et nous n'avons rencontré de production semblable dans aucun autre organe. Examinée au microscope, cette tumeur est essentiellement formée par une accumulation de petites cellules, séparées par des bandes de tissu conjonctif.

Ces cellules présentent des dimensions variant entre 15 et 20 μ ; elles sont, les unes rondes, d'autres cubiques et tassées en rangées linéaires, d'autres enfin, plus irrégulières dans leur forme.

Le noyau occupe environ le quart de l'élément. Dans la profondeur elles se colorent nettement, et sont bien distinctes; mais à mesure qu'on se rapproche de la surface, elles devien-

ment moins nettes, granuleuses, le noyau se distingue difficilement, et elles se colorent moins bien par les réactifs. Le tissu conjonctif est distribué en bandes assez irrégulières dans la profondeur, se coupant et s'anastomosant pour limiter des loges ou des fentes, où sont situées les petites cellules. Au voisinage de la surface il tend à former des tractus parallèles, séparant des traînées de cellules. Dans la couche superficielle on trouve la coupe d'un grand nombre de canaux sanguins sans paroi propre bien distincte.

Il ne reste nulle part de traces de la muqueuse, pas de glandes, pas d'épithélium.

La couche musculaire présente sa structure normale, mais elle est notablement épaissie ; de petites cellules, semblables à celles qui constituent la tumeur, s'infiltrèrent entre les faisceaux et fibres lisses ; on en rencontre également des îlots dans la couche celluleuse sous-péritonéale.

Au voisinage de la tumeur les parois intestinales sont altérées, surtout la muqueuse où les glandes ne commencent à reparaitre qu'à un centimètre environ du point d'implantation.

Dans tout cet espace, la muqueuse est uniquement constituée par un tissu semblable à celui de la tumeur, avec cette différence que les cellules y prédominent de beaucoup sur le tissu conjonctif. Les autres tuniques sont à peu près saines.

En présence de ces caractères, nous pensons avoir affaire à une tumeur de nature carcinomateuse, bien que certaines particularités, présentées par nos préparations, laissent encore des doutes dans notre esprit.

C'est du reste avec les mêmes réserves l'opinion de M. Troisier. M. Malassez que nous avons consulté, avait, sans toute-

fois vouloir se prononcer, parlé de lymphadénome, ou du moins nous avait engagé à chercher dans ce sens : mais nos coupes traitées par le pinceau, ne nous ont pas laissé voir de réticulum caractéristique, et seulement la trame fibreuse que nous avons décrite.

OBSERVATION VI

Bull. soc. anat. 1866. Lecourtois.

L... (Charles) âgé de 25 ans, entré le 18 octobre 1864 à l'hôpital Saint Antoine, service de M. Mesnet, salle Saint-Etienne, n° 16, mort le 18 novembre.

Doué d'une constitution robuste, L... avait toujours joui d'une santé parfaite, lorsque, vers le mois de février 1864, il commence à éprouver une sensation de pesanteur siégeant vers l'épigastre. Jusque-là il n'avait jamais eu ni douleur, ni gêne, du côté de l'appareil digestif.

A partir de cette époque, jusqu'au mois de juin, il ne cesse de ressentir des troubles, d'abord légers, consistant d'abord en sensation de gêne, de lourdeur épigastrique, devenant graduellement de plus en plus pénibles, pour acquérir enfin les caractères d'une douleur sourde, profonde. Ces accidents se manifestent presque chaque jour, avec une durée de quelques heures ; impossible de saisir quelque régularité soit dans leur retour, soit dans la disparition, ni aucune corrélation entre leur manifestation et l'élaboration digestive.

En juin la maladie entre dans une nouvelle phase sans aucune transition.

Elle s'annonce par des vomissements dont l'irrégularité comme époque d'apparition, et comme durée, est presque aussi manifeste que pour les premiers phénomènes morbides.

Toutefois le malade observe qu'ils sont assez souvent séparés des repas par un intervalle de 5 à 6 heures. Il n'éprouve que peu de renvois, jamais de pyrosis.

La douleur, précédemment signalée, continue de revenir fréquemment ; dans quelques cas, elle accompagne les vomissements, le plus souvent elle les précède de quelques heures.

Cette douleur est profonde, sourde, erratique, mais, dans ses déplacements, n'erre que de l'épigastre à l'hypochondre gauche. Quelquefois elle prend le caractère d'une colique violente. Les vomissements ne causent pas d'abord une grande fatigue. Ils se manifestent d'une à trois fois par semaine ; à chaque reprise, ils se répètent de quatre à six fois. Le malade ne cesse pas le travail, il le suspend seulement quelques instants. Les matières rejetées se composent quelquefois d'aliments, mais le plus souvent consistent en un liquide à peu près incolore. Les garde-robes commençant à présenter une grande irrégularité, deviennent de moins en moins fréquentes, et, peu à peu, ne sont plus possibles que difficilement et seulement tous les 5 à 6 jours.

En septembre les vomissements deviennent plus fréquents, reviennent à des heures variables, mais leur durée est singulièrement augmentée, au lieu de n'apparaître que pendant quelques heures, pour laisser quelques jours de repos, ils persistent pendant deux ou trois jours. Le malade est alors obligé de quitter son travail.

Il commence à maigrir, ses forces diminuent. Enfin, tourmenté par la persistance et les exaspérations de la douleur

par la plus grande fréquence des vomissements, il se décide à entrer à l'hôpital.

Tels sont les renseignements que le malade fort intelligent et préoccupé depuis longtemps de son état, donne avec une parfaite netteté.

Etat du malade à son entrée. — Le jour de son entrée, il se plaint d'être retombé dans l'une de ces périodes de vomissements déjà indiquées, il est sans fièvre, la langue est humide, la pâleur du visage et l'abattement sont évidents. Il existe un état de maigreur notable, sans qu'elle soit cependant portée à un degré extrême.

L'examen des viscères thoraciques ne relève aucun phénomène pathologique. Des explorations minutieuses faites du côté des viscères abdominaux ne révèlent aucune lésion. Cependant le malade se plaint énergiquement de cette douleur qui occupé l'épigastre, l'hypochondre et la portion gauche de la région ombilicale. Elle est légèrement augmentée par la pression.

L'abdomen ne présente qu'un volume ordinaire, peut-être est-il affaissé.

Les matières rejetées par le malade, depuis l'heure de sa rentrée sont liquides, à peu près incolores, offrant une teinte jaunâtre légère. Quelques flocons de mucus sont déposés au fond du vase, leur quantité est à peu près égale à un litre.

Jamais d'après le malade, elles n'ont offert d'autre couleur ni aucune trace de sang. Les garde-robes n'auraient présenté rien d'extraordinaire.

Cette affirmation du malade est d'ailleurs vérifiée et confirmée es jours suivants. Il se plaint de n'uriner que fort peu, de

n'éprouver presque jamais de sueurs, ce qui est mis sur le compte de la petite quantité de boissons absorbées.

Le diagnostic porté est celui d'une affection organique, siégeant probablement du côté de l'estomac, avec des réserves qui nécessitent l'absence d'une partie des symptômes que présente ordinairement cette maladie.

Malgré la médication calmante, et l'alimentation réduite à des potages, il ne se produit aucune amélioration. Les vomissements continuent pendant deux jours, la douleur persiste, sans fièvre. Au bout de deux jours, il existe un peu de ballonnement qui disparaît, à la suite d'un lavement purgatif, nécessité par la constipation, opiniâtre chez le malade depuis plusieurs mois.

Du 23 octobre, jour de l'entrée du malade au 17 novembre, le tableau des accidents varie peu. Toujours la même douleur, les mêmes vomissements, ceux-ci seulement plus rapprochés, plus persistants, ne cessant plus qu'un jour ou deux pour reparaître avec la même tenacité, la même violence. Les purgatifs administrés par les voies supérieures sont à peu près constamment rejetés, les lavements purgatifs seuls amènent quelques garde-robes.

Le lobe gauche du foie prend un accroissement notable, occupe l'épigastre et envahit l'hypochondre gauche. La malité qu'il fournit pourrait certes égarer le diagnostic et faire penser à une tumeur stomacale qu'un examen plus approfondi ne permet pas d'admettre. La faiblesse du malade et son amaigrissement augmentent rapidement. Dès les premiers jours de novembre, il cesse de pouvoir quitter le lit. L'inefficacité de la thérapeutique, d'abord calmante, puis calmante et révulsive (vésicatoire) est manifeste. Les purgatifs agissent rarement sur

le malade ; les lavements purgatifs, au contraire, provoquent assez facilement des garde-robes. Il devient dès lors évident que le malade périra lentement dans le marasme, s'il ne survient pas de complication.

Mais le dénouement est hâté par de nouveaux accidents.

Le 16 novembre. — A la visite d'r soir, le malade se plaint d'une douleur légère occupant en arrière la base du côté gauche de la poitrine. Le lendemain, 18, elle était beaucoup plus vive, et du côté droit, en arrière, à la base, était survenu un point douloureux tout aussi violent. La respiration est anxieuse, fréquente le malade s'inquiète beaucoup et supplie « qu'on lui rende sa respiration ». La percussion révèle en arrière, aux deux bases, de la matité limitée à une petite hauteur, et à l'auscultation, on entend dans les mêmes régions un soufflé léger. Le pouls est petit, à 136.

Gomme sucrée. Julep avec 10 centigrammes d'extrait thébaïque ; application de douze ventouses scarifiées, en arrière de la poitrine, aux deux bases.

A la visite du soir, il est évident que l'état du malade continue à s'aggraver.

18 novembre. — Le malade est mourant, atteint de vomiturations continuelles ; quelquefois il salive un liquide jaunâtre, bilieux. Il meurt vers quatre heures du soir.

Autopsie. — L'état de maigreur du cadavre est extrêmement prononcé.

L'examen des cavités pleurales permet de constater la présence de quelques grammes d'un liquide séro-purulent. Les deux plèvres présentent, dans leur quart inférieur environ, un peu de rougeur et une mince couche fibro-albumineuse, molle, facile à enlever par le raclage.

Dans l'abdomen, après avoir relevé le foie, dont le lobe gauche, notablement augmenté de volume s'étend jusqu'à l'hypochondre gauche, et constaté l'intégrité de l'estomac, on remarque que le duodénum, vers sa terminaison, présente une dilatation ampullaire. A la palpation, il est évident que cette augmentation de volume est due à un corps assez résistant. Au dessus, c'est-à-dire du côté de l'estomac, existe un rétrécissement qui est dû à un commencement d'invagination. L'ouverture de l'intestin met à nu une tumeur qui présente les caractères suivants :

Des parties postérieure, inférieure et antérieure de la surface muqueuse du duodenum, à la terminaison de la troisième portion de celui-ci, se détache une masse blanc rosé, à peu près pyriforme, qui flotte dans le canal intestinal.

Le sommet de cette tumeur se dirige vers l'extrémité inférieure du tube digestif.

La lumière de l'intestin qui semble au premier abord complètement effacée, laisse pénétrer tout au plus une sonde n° 10 que l'on introduit sans trop de difficulté entre la tumeur et la paroi intestinale.

La surface de ce produit morbide est lisse ; elle est entourée de valvules conniventes, mais toutes s'arrêtent à sa base.

Sa longueur est de 52 millimètres ; sa circonférence, vers la partie moyenne où elle présente le volume le plus considérable est de 98 millimètres.

A sa base, c'est-à-dire à son point d'implantation, une petite saillie en mamelon s'élève de la surface de la muqueuse qu'elle dépasse d'un centimètre et demi environ. Cette tumeur secondaire s'accole à la masse principale pour se confondre avec elle dans la moitié de sa circonférence, de sorte qu'elle n'est libre

que dans l'une de ses moitiés et donne à la face du polype à laquelle elle correspond un aspect bosselé.

La surface d'implantation de ces deux tumeurs, bien limitée est relativement considérable et présente un périmètre de 11 centimètres environ, lorsqu'on a soin de déplisser la paroi de l'intestin.

La masse polypeuse principale, un peu élargie ainsi du côté de son implantation d'une part et vers son sommet d'autre part, se rétrécit entre ces deux points, mais présente plutôt un collet qu'un pédicule.

Elle est formée d'un noyau ou masse centrale, d'un blanc très légèrement teinté en rose, composé de fibres qui à l'œil nu semblent être dirigées par l'élément à l'axe longitudinal du polype, ou implantées perpendiculaires à la paroi intestinale. Ce noyau, qui constitue la plus grande partie de la tumeur, est revêtu, à l'exception de son extrémité adhérente, par la tunique musculieuse et la muqueuse toutes deux très hypertrophiées.

Ces deux dernières couches ne présentent rien d'anormal au microscope. Quant à la masse centrale, elle est constituée par des fibres musculaires lisses et surtout par du tissu conjonctif.

Voici maintenant la description de l'invagination.

Une partie seulement de la circonférence de l'intestin, cédant aux tractions dues au poids du polype, a été entraînée dans l'intérieur du bout inférieur de l'intestin et l'extérieur de celui-ci, elle se reconnaît par un volume bien moindre que celui de a portion d'intestin qui lui fait suite et par une rainure qui parcourt presque toute la circonférence de l'intestin. Cette rainure est en partie comblée par de petites pseudo-membranes nacrées, très résistantes, par suite anciennes entre lesquelles

existent de petites lacunes. A l'intérieur de l'intestin l'invagination forme un petit bourrelet, sorte de valvule courte, en forme de croissant, situé au point d'insertion du polype.

Un peu au-dessus de l'intestin existe un abcès du volume d'un œuf de pigeon et à quelques centimètres de là un ganglion tuméfié, mais non ramolli. Cette collection purulente serait-elle due à une suppuration ganglionnaire ? Selon toute probabilité, elle n'a pas d'autre origine, sans qu'on puisse l'affirmer d'une manière certaine. Quant à son étiologie, elle a échappé aux investigations faites sur le péritoine et l'intestin qui ne présentent aucune lésion, si ce n'est au niveau de la tumeur.

Tous les autres viscères abdominaux n'offrent aucune altération, soit récente, soit ancienne.

OBSERVATION VII

Tumeurs polypeuses multiples de l'intestin. Invagination.

M. Homolle.

Le malade était entré dans les premiers jours de mars pour une hernie inguinale du côté droit devenue irréductible depuis la veille.

Des tentatives de taxis prolongé, faites en ville n'avaient eu aucun résultat.

Au bout de deux jours, la hernie diminua beaucoup de volume, mais il resta au dehors une masse cylindrique, ferme régulière qui descendait jusqu'au niveau du testicule et ne

présentait pas les caractères habituels de l'épiploon hernié adhérent.

Bien qu'il fut évident que l'intestin avait été réduit, bien que le cours des matières se fut rétabli, des nausées et des vomissements se produisirent bientôt que rien ne put arrêter.

Les matières venues étaient bilieuses, les selles diarrhéiques jaunâtres, jamais sanglantes ou sanguinolentes. Le ventre restait peu douloureux, non ballonné. Deux jours avant la mort cependant il se montra tendu et trois saillies se désinsèrent vers l'ombilic et les flancs assez semblables à celles que forment les anses intestinales distendues dans le cas d'étranglement, mais ne présentant aucun mouvement. Cependant la fièvre était peu intense, le pouls petit, faiblement accéléré. Il s'agissait manifestement d'une obstruction intestinale incomplète avec péritonite subaiguë et on pouvait penser à un pincement par une bride fibreuse, soit à une invagination.

Le malade pâle et maigre à son entrée avait pris dans les derniers temps un aspect cachectique. Il mourut le 24 mars.

Autopsie. — Estomac fortement dilaté.

Intestin grêle. — A 60 centimètres du pylore existe une invagination intestinale, une seconde vers le milieu de l'iléon, une troisième un peu plus bas, une dernière enfin, plus considérable s'avance jusqu'à 10 centimètres de la valvule iléo-cœcale.

Il suffit de rompre de faibles adhérences pour détruire ces invaginations; elles répondent à des masses polypiformes à surface ulcérée et saignante.

Deux tumeurs moins volumineuses se rencontrent à l'ouverture de l'intestin grêle; elles ne sont pas ulcérées. La muqueuse intestinale est intacte au niveau de ces saillies.

A la coupe, le tissu qui constitue les tumeurs est assez ferme,

d'un blanc rose, d'aspect encéphaloïde et laisse un suc laiteux.

Les autres organes abdominaux sont sains ; les ganglions mésentériques peu volumineux.

L'examen microscopique rapide semble indiquer qu'il s'agit d'un sarcome.

OBSERVATION VII

In th. Rafinesque. Fischer.

S..., âgé de 39 ans, entre le 18 avril 1859 (service de Chassaignac). Bonne santé habituelle, jamais de maladies intestinales. Il y a trois mois, coliques vives et presque continuelles, siégeant surtout dans le flanc droit. Selles normales, mais constipation fréquente. Peu à peu l'appétit diminue, l'amaigrissement fit des progrès, le malade était obligé quelquefois de s'arrêter pendant des journées entières et de cesser tout travail. La violence des douleurs était telle qu'elle provoquait des transpirations très abondantes qui épuisaient le malade.

Amélioration momentanée pendant le mois de mars, mais les accidents reprennent leur cours avec plus d'intensité à partir des premiers jours d'avril.

A l'entrée on constate une faiblesse générale assez marquée face amaigrie, grippée, yeux excavés, regard brillants.

Abdomen tendu, sonore ; tympanite considérable remontant jusqu'au rebord des fausses côtes. Pas de sensibilité à la pression, sauf dans le flanc droit. Pouls très petit, non accéléré. Pas de garde-robes solides depuis huit ou dix jours au moins. Soif vive.

Le 19. — La nuit a été très agitée ; des contractions intestinales ont provoqué des douleurs terribles, incessantes.

Insomnie, vomissements. Pas de déjections alvines.

Du 20 au 22 mars. — Aggravation de l'état général, pas d'amendement dans les symptômes.

Le 23. — A 9 heures et demie, opération de l'anus artificiel, par la méthode de Littré. Le doigt introduit par la plaie dans la fosse iliaque droite, touche une tumeur dure et résistante. Les matières s'écoulent abondamment ; mais le malade souffre toujours s'affaiblit de plus en plus et meurt à 3 heures de l'après midi.

Autopsie. — Epanchement purulent dans le péritoine. Agglutination de quelques anses intestinales. L'anus artificiel a été établi à 3 mètres environ de l'estomac.

L'intestin grêle s'est invaginé dans le cœcum et remonte dans une longueur de 20 centimètres environ dans le côlon ascendant. L'étranglement s'est produit au niveau de la valvule iléo-cœcale. Le double cylindre invaginé porte à son sommet un pédicule long de dix centimètres, terminé par un corps olivaire de deux centimètres et demi de longueur. La constriction de la valvule iléo-cœcale est très forte, son diamètre est de 15 millimètres, un stylet passe cependant par le canal central. Le premier cylindre est très injecté, noirâtre, gangréné en plusieurs points.

OBSERVATION IX

Arch. f. path. anat. u. phys., Berlin, 1870. Prof. Förster.

Cette tumeur fut trouvée dans le corps d'un homme de 70 ans, mort d'une pneumonie, chez lequel l'intestin avait toujours fonctionné régulièrement.

Elle avait pour siège le côté libre de l'iléon et faisait saillie avec toute sa masse vers la cavité abdominale, de telle sorte qu'elle ne rétrécissait pas l'ouverture de l'intestin. Elle était sphérique et avait un diamètre de 6 à 7 lignes ; sa consistance était passablement ferme, comme celle d'un fibroïde.

Sa position, quant aux parois intestinales, était la suivante : elle poussait son point de départ sur le tissu musculaire, dont les faisceaux fibreux se prolongeaient d'une façon continue de la base jusqu'à celle de la tumeur, de telle sorte que celle-ci à cet endroit ne pouvait être séparée sans léser le tissu musculaire ; de ce point, elle se développait vers le dehors, avait refoulé le péritoine devant elle et était recouverte par celui-ci.. La section en était unie, brillante, humide, gris-blanchâtre, fibreuse ; on apercevait des tractus fibreux s'entrecroisant d'une manière multiple, comme dans un fibroïde de l'utérus ; mais la consistance était moindre que celle des fibroïdes ordinaires de l'utérus.

L'examen microscopique montra que outre les filaments du tissu conjonctif très ténus, la masse principale de la tumeur se composait de fibres musculaires unies, disposées en gros et pe-

tits faisceaux, exactement comme dans les fibroïdes de l'utérus, et qui s'entrecroisaient constamment. Les cellules étaient très grosses et dépassaient du double ou du triple celles du tissu musculaire normal. Leur noyau était d'une grosseur correspondante.

Förster ajoute qu'il a vainement cherché dans les publications des faits de cette nature ; il n'a rencontré que dans les livres de Rokitansky et de ses élèves la mention de nodules fibroïdes de la grosseur d'un pois. « J. Vogel dit aussi que des fibroïdes surviennent dans la tunique du canal intestinal, mais ne donne aucun détail ; il décrit toutefois dans ses planches descriptives un fibroïde du tissu musculaire de l'estomac..... »

Förster dit également : « Ces tumeurs peuvent avoir une importance sérieuse, quand elles atteignent un grand développement ou font saillie vers l'intérieur, dans le canal intestinal.

Quoiqu'elles semblent survenir très rarement, il n'en faudra pas moins, à l'avenir, en présence du diagnostic des nodules sphériques, mobiles, perceptibles à travers les parois abdominales, songer à des fibroïdes de ce genre. »

OBSERVATION X

Arch. der Heilkunde. Leipzig, 1870. Pr. Böttcher.

« Sa préparation provient de l'année 1844 et se trouve à Dorpat, dans la collection anatomo-pathologique. Etant donné le petit nombre des myomes intestinaux constatés jusqu'ici, une communication ayant pour objet cette préparation sera bien accueillie .. »

Il s'agissait d'une lésion de l'iléon.

Suit une description assez obscure où l'auteur parle d'une tumeur de l'intestin produisant un rétrécissement de cet organe. Au-dessus de la sténose existe une dilatation de l'intestin ; au-dessous, l'intestin est également dilaté et forme un sac à peu près sphérique

Ce sac est presque rempli par un polype d'environ 5 centimètres et demi à peu près de longueur sur près de 3 d'épaisseur, appendu à une portion de la paroi intestinale invaginée dans l'ampoule qui la contient.

Si l'on examine l'extérieur de l'intestin, on y découvre une dépression en entonnoir, voisine du mésentère ; cette dépression correspond à la partie du tube intestinal entraîné par le polype.

La surface du polype est tapissée par la muqueuse. Le tissu de la tumeur est composé de fibres musculaires lisses, disposées en faisceaux. Ceux-ci sont longitudinaux à la surface, circulaires au centre. De très nombreux faisceaux existent dans

tous les points de la tumeur et, dans certains endroits, le néoplasme présente même le caractère télangiectasique. Ces vaisseaux ont toutes les grosseurs, depuis les capillaires jusqu'à ceux qui sont visibles à l'œil nu.

Bœttcher croit qu'il y a eu primitivement une invagination partielle, qui s'est ultérieurement compliquée d'un néoplasme. Telle était aussi, dit-il, l'opinion du professeur Didder qui a déposé la pièce dans la collection. Il croit peu explicable l'état inflammatoire du mésentère et du péritoine voisin, dans l'hypothèse d'un polype primitif.

OBSERVATION XI

Soc. Anat., 1850. — Barth.

Barth présente le duodénum d'une vieille femme qui a succombé à une affection étrangère au tube digestif. Une tumeur, comme une coque d'amande, pédiculée et située tout près du pylore. De consistance charnue, elle est recouverte de fibres musculaires longitudinales du côté de l'intestin. Examinée dans son épaisseur, cette tumeur est d'un gris rougeâtre ; elle ne donne aucun suc ni par la pression, ni par le grattage. Sa coupe est lisse.

OBSERVATION XII

Inaug. Dissert. Marburg 1894. Geissler.

Femme de 28 ans ; au deuxième mois d'une troisième grossesse, vomissements incoercibles. Avortement provoqué sans résultat ; on croit à un rein mobile.

Amaigrissement ; troubles divers ; on aurait pu croire à un néoplasme abdominal, sans tumeur appréciable ; on a songé à des adhérences stomacales, suites d'ulcères. Mort au milieu de symptômes d'étranglement.

Autopsie : estomac dilaté, de même que le duodénum. Intussusception du jéjunum ; brides péritonéales. Tumeur saillant dans l'intestin, à dix centimètres plus bas que l'invagination réductible. C'est un *léiomyome* pur très vasculaire.

Alors que, déjà notre travail est édité, la note suivante, recueillie dans la *Revue de pathologie interne* du 20 avril 1899 nous tombe sous les yeux.

301. Un cas de polypes intestinaux suivi de guérison. Ernst von Karajan, *Wiener Klin Woch.*, 2 mars 1899.

Jeune homme de 23 ans, atteint de douleurs abdominales avec violentes contractions préristaltiques ; des phénomènes d'occlusion survinrent pour lesquels on se décida à la laparotomie. L'iléon était hypertrophié dans ses parties inférieures. Du côté du cœcum il existait une invagination, à l'extrémité de laquelle

une tumeur mobile, du volume d'une noix, et à 10 centimètres au-dessus une autre. Dans l'iléon et le jéjunum il y en avait encore quelques-unes. Rien dans le gros intestin. On ouvrit l'intestin en cinq points et l'on retira les polypes. Les suites furent bonnes.

Au microscope, ces polypes étaient formés par le stroma de la muqueuse normale avec des amas disséminés de cellules rondes qui étaient de petits follicules. On voyait aussi des cellules hyalines décrites par Hansemann dans les polypes gastriques.

Les polypes intestinaux, fréquents dans le rectum, sont rares dans l'intestin grêle. Ces polypes sont souvent nombreux et de volume varié. Les individus atteints sont maigres, anémiés, et ont souvent l'habitus phtisique. Dans l'étiologie on peut trouver la dysenterie, la fièvre typhoïde, la tuberculose. Probablement le catarrhe chronique de l'intestin a ici un rôle important.

L'auteur a trouvé seulement un cas de Kanthack et Furniwall où l'intestin grêle seul était atteint par la polypose. Dans un cas de Petrow où il y eut transformation cancéreuse, tout le tube gastro-intestinal était atteint. Plus souvent on a affaire à des polypes ou adénomes isolés de l'intestin grêle.

On ne doit opérer que s'il y a indication spéciale. Généralement le résultat a été mauvais parce que l'opération a été faite sur des polypes déjà cancéreux. L'auteur rapporte un cas de guérison opératoire (Sklifasowski).

Notons dans cette observation comme dans celle de Homolle la multiplicité des polypes et comme dans celles de MM. Menestrier, Faure, l'hypertrophie de la paroi intestinale dans la région de l'invagination.

Bref, ce cas se rapproche de tous ceux que nous avons rapportés et par son anatomie-pathologique et par sa symptomatologie; il ne nous engage en rien à modifier quoi que ce soit dans nos divers chapitres.

Cependant nous n'avons pas remarqué comme l'auteur, dans les antécédents de nos polypeux, la dysenterie, la fièvre typhoïde, la tuberculose.

TRAITEMENT

Il n'y a pas, pour ainsi dire de traitement médical de cette affection ; l'impossibilité du diagnostic en est d'abord la cause ; ce traitement pourra être appliqué dans certains cas où les crises ne revêtiraient pas la forme de l'occlusion intestinale ; il pourrait consister en cataplasmes, lavements, purgatifs, on agirait tout simplement en faisant un traitement symptomatique d'une affection inconnue.

Le traitement chirurgical du polype lui-même ne peut être posé que consécutivement à une laparotomie pour occlusion intestinale ; c'est au cours d'une semblable opération que le chirurgien en désinvaginant les anses devra rechercher la présence du polype (comme cause possible de l'invagination). L'intestin désinvaginé en mains, il cherchera à travers les parois la présence de ce corps étranger qui aura pu se traduire à l'extérieur par la dépression ombiliquée dont nous avons parlée.

Le diagnostic posé de cette façon, le chirurgien pourra comme l'a fait M. Faure, ouvrir l'intestin et exciser la tumeur au ras de son pédicule, puis suturer la paroi ouverte. Nous pensons que l'on pourrait aussi faire une excision eⁿ

forme de boutonnière sur la paroi de l'intestin, boutonnière au milieu de laquelle se trouverait la dépression ombiliquée; on enlèverait ainsi la tumeur et la portion de la paroi où son pédicule était implanté: ce procédé ne serait applicable qu'au cas où la dépression ombiliquée existerait, mais comme nous l'avons dit, elle nous paraît exister le plus souvent.

Notons la difficulté (J.-L. Faure) et parfois l'impossibilité (Lockwood) de la résolution de l'invagination; dans ce dernier cas, évidemment, le chirurgien a été obligé de pratiquer une résection.

CONCLUSIONS

I. — Les tumeurs polypeuses de l'intestin grêle sont rares.

II. — Ce sont le plus souvent des fibromes et des fibromyomes ; on trouve aussi des adénomes, des carcinomes et des sarcomes.

III. — La conséquence la plus fréquente de leur présence est la production d'une invagination intestinale.

IV. — Le diagnostic en est impossible.

V. — En présence d'une invagination intestinale, le chirurgien devra songer à la possibilité de l'existence d'un polype dans la lumière de l'intestin grêle, explorer cet intestin par la palpation, et, dans le cas où il sentirait la tumeur, pratiquer la taille intestinale.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : le Président de la thèse,
GORNIL

Vu : et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLEN. — Archives générales de médecine 1845. T. II, p. 85.
- BARTH. — Bulletin de la Société anatomique, 1850.
- BOTTCHER. — Polyposes myoms des iléums. Archives de Heilkunde, Leipzig, 1870.
- CRUVEILHER. — Eléments d'anatomie pathologique.
- DUBREUIL. — Bulletin de la Société anatomique, 1864.
- FERNET. — Polype de l'intestin grêle; invagination intestinale. Bulletin de la Société anatomique, 1864.
- FISCHER. — Invagination de la fin de l'intestin grêle dans le cœcum avec polype de la muqueuse invaginée. Bulletin de la Société anatomique. 1859.
- FÖRSTER (de Gottingen). — Fibroïd des musculaires des ileums. Arch. f. path. anat. n. thys. Berlin, 1870.
- GEISSLER. — Ein Fall von Stenosirung des Darms durch Myoma Jejun. Inaug. dissert. Marburg, 1874.
- HEURTAUX. — Les myomes et fibro-myomes de l'intestin. Archives provinciales de chirurgie, 1896.
- HOMOLLE. — Tumeurs polypeuses multiples de l'intestin; invagination. Bulletin de la Société anatomique 1870.
- LAFONT. — Bulletin de la Société anatomique, 1835.

LECOURTOIS. — Tumeur polypeuse de l'intestin grêle. Bull. Soc. Anatomique, 1866.

LOCKWOOD. — Trans. path. Soc. London. Vol. the forty-third, 1892.

MENESTRIER. — Tumeur polypiforme de l'intestin grêle. Progrès médical, 1884.

OGIER WARD. PRESCOT HERVET et PEACOCK. — Trans. Soc. path. London, 1846.

NÉLATON. — Eléments de pathologie chirurgicale, T. IV.

RAFINESQUE. — Invagination intestinale. Th. Paris, 1878.

SMITH. — Archives générales de médecine, 1840.

